Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 7 czerwca 1899 r.

Kol. doc. Ciechanowski przedstawia:

1) [PS. 498/99]. Przypadek pęknięcia tętnicy głównej u kobiety 66-letniej, u której zresztą oprócz miażdżycy tętnic znaleziono tylko jeszcze zaniki narządów wewnętrznych i mierny przerost obu połów serca bez wykazać się dającej podstawy anatomicznej. — Tętnica główna pękła półkolisto na $5\frac{1}{2}$ ctm. powyżej zastawek półksiężycowatych, jeszcze w obrębie worka osierdziowego; pęknięcie, długie na 5 ctm., przebiega poprzecznie, jest prawie prostolinijne, a od jednego z jego kątów odchodzi skośnie ku górze druga szczelina, długa na $1\frac{3}{4}$ ctm. Brzegi pęknięcia w tym kącie są zaokrąglone, w drugiej zaś połowie ostre i tutaj widać wyraźnie, że pęknięcie przechodzi na wskróś przez wszystkie trzy warstwy ściany tętniczej. W głębi otworu widać skrzepy, za życia powstałe, na powierzchni żeberkowane. Przez szczelinę w ścianie tętnicy wydostawała się krew poczęści między warstwy ściany, stąd też na niewielkiej przestrzeni powstał krwiak śródścienny (t. zw. *aneurysma dissecans)*, głównie jednak wylewała się krew pomiędzy tętnicę główną a nasierdzie (*epicardium*), pokrywające nasadę wielkich naczyń serca i tu utworzył się krwiak wielkości jaja kurzego. Nasierdzie samo jest również pęknięte w jednem miejscu, nieco bliżej ujścia tętniczego lewego, niż pęknięcie ściany tętnicy; brzegi tego otworu w nasierdziu są strzępiaste, nierówne, otwór sam biegnie prawie poziomo i mierzy około 3 ctm. długości. W worku osierdziowym znajdowała się znaczna ilość krwi płynnej i skrzepów pośmiertnych. Nie ulega wątpliwości, że czynnikiem usposabiającym do pęknięcia były znaczne i rozległe zmiany miażdżycowe, istniejące w tętnicy głównej i szczególnie wyraźne w okolicy samego pęknięcia. Zaokrąglenie brzegów pęknięcia i silne zlepienie się ich ze skrzepami, leżącymi pomiędzy ścianą tętnicy a nasierdziem, widoczne w wewnętrznym kącie pęknięcia, świadczyłyby, że pęknięcie w tej części powstało najdawniej; w części zewnętrznej powstało ono później i szybciej, jednakże i tu obecność skrzepów że-

berkowanych, za życia powstałych, zdawałaby się przemawiać za tem, że życie czas jakiś potem jeszcze trwało. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie dopiero później, wskutek wylania się krwi do worka osierdziowego przez szczelinę w osierdziu, noszącą wszystkie cechy pęknięcia świeżego. Już te okoliczności wskazywałyby, że w przedstawionym przypadku mogłoby pęknięcie powstać bez wszelkiego udziału urazu zewnętrznego, jedynie pod wpływem zwiększonego parcia krwi na osłabioną i nadwerężoną ścianę tętnicy, n. p. pod wpływem kolejnych wysiłków fizycznych. Wywiady nie dostarczyły zresztą pod tym względem żadnych wskazówek, gdyż chora przybyła do szpitala już konająca. Przypadek przytoczony przedstawia wiele podobieństwa do przypadku, demonstrowanego przed rokiem przez kol. Nowaka, w którym jednakże pęknięcie było — rzecz rzadsza — koliste, powstało zdaje się nagle, ale dotyczyło przedewszystkiem warstw wewnętrznej i średniej. Przypadek dzisiejszy zajmujący jest także ze stanowiska sądowolekarskiego; w razie wykazanego urazu oczywiście nie nastręczałby on większych trudności, gdyż możnaby przyjąć, że uraz przyczynił się do powstania pęknięcia przy istniejącem już usposobieniu (w znaczeniu § 129 a. pr. k.); natomiast ewentualne wykluczenie działania urazu przy wątpliwych danych wywiadowych należałoby do zadań wcale niełatwych, a może nawet nierozwiązalnych.

2) Pęcherz moczowy kobiety 42 lat, w którym na błonie śluzowej, zwłaszcza w dolnych, lekko zaczerwienionych częściach, widać mnóstwo białawych guziczków, okrągławych, nie przechodzących wielkości prosa, a jakby przeświecających. Na pierwszy rzut oka można było myśleć o zwyrodnieniu torbielkowatem błony śluzowej dróg moczowych t. zw. »uretheritis resp. cystitis cystica«, spotykanem wcale nierzadko nawet w wyższych stopniach, jak to było w innym, prawie współcześnie sekcyonowanym przypadku, gdzie wejrzenie makroskopowe pęcherza było bardzo podobne. (Demonstracya preparatów drobnowidowych). To torbielkowate zwyrodnienie zbadali dokładniej v. Brunn, Lubarsch, v. Limbeck i Aschoff, a także Eve i Pisenti. Zdaje się, że powstawanie takich torbielków odbywa się dopiero w latach wzrostu i w wieku dojrzałym i to po części przez pierwotne wrastanie w głąb przybłonka i odsznurowywanie się jego ognisk, po części przez odsznurowywanie przybłonka przez wyrastanie ku górze i zrastanie się delikatnych przegród łącznotkankowych, znajdujących się w prawidłowym pęcherzu już u noworodków, t. zw. »septa« v. Brunna, który je pierwszy wykazał. Może być wreszcie, że w niektórych razach torbielki powstają z zabłąkanych za wysoko gruczołów cewki moczowej. (Lubarsch). Nie jest pewnem, czy te torbielki są zjawiskiem poniekąd normalnem, czy też zawsze chorobowem, i czy nie stoją w związku ze sprawami zapalnemi dróg moczowych: przeciw

temu drugiemu przypuszczeniu przemawia jednak ich względna częstość, oraz to, że w wielu przypadkach nie można wykazać ani śladu jakichś innych zmian chorobowych.

W przedstawionym przypadku wykazał jednak drobnowid, że mamy do czynienia nie z torbielkami, lecz z grudkami (follikułami) chłonnemi. O tworach podobnych wspominają już dawniejsi autorowie (Cruveilhier, Rokitański itd.). Późniejsze badania doprowadziły do wyników sprzecznych: jedni (Weichselbaum, Hamburger) sądzili, że już w prawidłowej błonie śluzowej znajdują się grudki limfatyczne zawsze i dość obficie; inni (Chiari, Toldt) przeciwnie utrzymywali, że w prawidłowych warunkach ich niema, i że dopiero tworzą się one w przypadkach przewlekłych nieżytów pęcherza (Chiari). U nas zajął się tą sprawą Przewoski (w r. 1888), a wyczerpujące jego badania potwierdzają zdanie Chiarego. Znalazł on stan, o którym mowa, u 58 osobników na 5000 mniejwięcej sekcyi, połączony zawsze z nieżytem przewlekłym błony śluzowej pęcherza i nazwał go «jaglicowem czyli follikularnem zapaleniem błony śluzowej dróg moczowych«, tworząc w ten sposób odrębną postać anatomiczną. Klinicznie postać ta nie jest dobrze zbadana. Ciechanowski, badając dla innych celów znaczną ilość pęcherzy, nie zauważył również nigdy w prawidłowych skądinąd pęcherzach obecności grudek limfatycznych i w tym względzie może potwierdzić badania Chiarego i Przewoskiego. Rozleglejszych badań »jaglicowego zapalenia pęcherza« C. nie przeprowadzał: przedstawiając typowy jeden okaz, uczynił to w tym celu, aby zwrócić uwagę klinicystów na tę mało zbadaną postać. Zdaje się, że z nią miał do czynienia Guyon w przypadkach tak nazwanych przez siebie »granulations«, które spotykał przy bardzo bolesnych zapaleniach pęcherza, a niekiedy wypalał i wyskrobywał. Tak przynajmniej przypuszcza Przewoski, gdyż Guyon nie podaje bliższych szczegółów. Nie mając pod ręką piśmiennictwa z zakresu kliniki dróg moczowych, nie wie C., czy się sprawą tą kto później zajmował i prosi pod tym względem o wyjaśnienia, a zarazem zapytuje o objawy kliniczne, spostrzegane w przedstawionym przypadku. (NS. 478).

3) (NS. 549/99). Okaz nowotworu, wychodzącego z opon miękich móżdżku, pochodzący z kobiety 54-letniej, u której nadto znaleziono otłuszczenie serca i zapalenie nieżytowe płuc i oskrzeli. Nowotwór ten, wielkości sporego orzecha włoskiego, usadowił się przy przedniej krawędzi lewej półkuli móżdżku; leży on pod oponami, nigdzie na móżdżek nie przechodząc, a tylko uciskając na jego lewą półkulę i na lewą połowę mostu Warola; części te okazują wgłębienia, odpowiadające wypukłościom guza, a nadto są w całości wskutek ucisku zniekształcone. Badanie drobnowidowe wykazuje w guzie utkanie śródbłoniaka. Nowotwór był za życia rozpoznany, a koledzy, którzy przypadek spostrzegali, podadzą zapewne dane kliniczne.

4) (NS. 531/99). Okaz wątroby płatowatej wrodzonej (hepar lobatum), podobnej do wątroby zwierzęcej, a przypominającej zewnętrznie niektóre postacie wątroby płatowej pochodzenia kiłowego. O rozwojowem pochodzeniu tej zmiany świadczy w danym przypadku jednostajna grubość torebki na całej wątrobie, brak jakichkolwiek zmian w miąższu i obecność grubych żył, przebiegających na dnie wrębów, rozdzielających liczne płaty wątroby od siebie. Żyły te leżą tuż pod torebką. Okaz ten pochodzi z 40-letniej kobiety, której sekcya wykazała inne jeszcze niezwykłe zmiany, w całokształcie swoim dające się jeszcze najłatwiej odnieść do kiły trzeciorzędnej. Mianowicie pod wątrobą w sąsiedztwie przewodu żółciowego woreczkowego (*ductus cysticus*) znajdują się dwa twarde, okrągławe guzy, jeden wielkości orzecha włoskiego drugi wielkości fasoli, otoczone zrostami włóknistemi, a na przekroju okazujące wejrzenie, zbliżone do kilaków, mianowicie w środku partye obumarłe, żółtawo-popielate, nieco przeświecające, o obrysach zatokowatych, a na obwodzie zbite utkanie włókniste. Przewód woreczkowy jest w sąsiedztwie tych guzów zarośnięty na długości 1 cm., pod zarośnięciem zawiera kamień, złożony z soli wapniowych, poniżej zaś jest prawidłowy. Woreczek żółciowy przedstawia obraz puchliny (*Hydrops vesicae felleae*). Śledziona powiększona, zwyrodniała skrobiowato, w kilku miejscach okazuje bliznowate zaciągnięcia, przypominające nieco blizny po infarktach. W nerkach obok znacznej marskości (rozpoznanej za życia) znaleziono również rozległe zwyrodnienie skrobiowate. Dolny płat płuca prawego zwyrodniały włóknisto, wśród niego jamka zatokowata, o ścianach włóknistych, wypełniona miazgą, podobną do serowatej. W płacie dolnym płuca lewego znajduje się tuż pod powierzchnią zewnętrzną ognisko bezpowietrzne, nieregularnie okrągławe, złożone z suchych mas białawych, nekrotycznych, nieco większe od orzecha włoskiego. Ognisko to od strony wnęki płuca niezbyt ostro jest odgraniczone od miąższu płucnego, — od strony opłucnej zupełnie jest oddzielone, jakby odsłoina. Nadto znaleziono nieliczne nacieki miażdżycowe w tętnicy głównej, jednokomorowy torbiel jajnikowy po stronie lewej i niezbyt znaczne skrócenie więzadła językonagłośniowego środkowego z zawinięciem brzegu chrząstki nagłośniowej ku powierzchni językowej (zmiana Hansemanowska), zresztą zaś w innych narządach zmian nie było.

Nasuwające się ze względu na całość obrazu sekcyjnego rozpoznanie kiły dlatego natrafia na trudności, że usadowienie się kilaków w gruczołach chłonnych, jakby w tym przypadku być mogło -- prawie wyłączne, zdaje się należeć do nadzwyczajnych rzadkości. W rozpoznaniu niewiele mogą być pomocne zmiany w płucach, gdyż, o ile usadowienie ich przemawia raczej za kiłą, niż za gruźlicą, o tyle wejrzenie jest zupełnie niezwykłe, a całkowita przemiana w masy serowate

i odsłojenie bez jakichś wyraźniejszych zmian włóknistych w obwodzie byłoby dla kilaków zgoła wyjątkowem zjawiskiem. Badanie tych mas serowatych w płucach nie wykazało ni śladu prątków gruźliczych, lecz gdyby nawet było przeciwnie, pozostawałaby możliwość połączenia się obu zakażeń w tym samym ustroju. Badanie drobnowidowe guzów podwątrobowych wykazało tylko tkaninę nekrotyczną, złożoną przeważnie z pasm tkanki włóknistej; w płucach granica mas serowatych przedstawia bądźto obraz sekwestracyi z udziałem leukocytów, bądź też wąski pas nacieku komórkowego, wśród którego zrzadka znajdują się niecharakterystyczne komórki olbrzymie, zdarzające się, jak wiadomo, i w kile, a na zewnątrz od niego gdzieniegdzie w miąższu płucnym ślady zwyrodnienia włóknistego; wogóle zatem drobnowid nie dostarcza nawet tych obrazów, jakie nawykliśmy spotykać w kilakach, a jakie zresztą wybitniejszych swoistych cech nie posiadają. Niewiele zmieniłoby rzecz wykazanie »Plasmazellen« Unny, których jeszcze za coś swoistego dla kiły uważać niepodobna.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ Nr. 29 1899.

Kraków, 1899. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.